

原 著

在宅高齢者の健康度低下に伴うセルフケア行動の実態

矢 野 香 代^{*1}

要 約

医療費の高騰，介護保険等の問題を抱えて高度高齢社会となった日本において，高齢者の地域ケアは重要な課題となっている．地域看護の課題は，住民一人一人がセルフケア行動を獲得し健康に関する問題解決ができるように主体性を育てていくことにある．

今回，在宅の高齢者が日常生活の中で健康度が低下したとき，どのようなセルフケア行動がとられたのか実態を把握し，セルフケア行動に影響を及ぼした要因を分析した．方法は Lawton らのセルフケア尺度表を用いて在宅高齢者100名にインタビューをし，その中で主観的に健康度の低下を訴えた者で，かつ客観的指標として過去1年間に入院経験を有する10名について面接調査を行った．10名に対して地域看護の領域では，その活用が未だ不十分な Orem のセルフケア・モデルを枠組みとしてアセスメントを試みた．その結果，セルフケア行動が取れなかった人の要因として1)生活習慣病患者であったこと2)依存心が強いこと3)日常生活の中での役割が無いこと4)知識がない，あるいは関心がないことにより前向きな意欲が減退しているということが示唆された．今回の調査から，Orem のセルフケア・モデルは地域看護活動において，今後更に有効に活用できるモデルであると考えられた．

はじめに

わが国は急速に高齢社会に入り，高齢化率は19%を超え21世紀半ばには3人に1人が65歳以上という高度高齢社会を迎えることが予測されている．それに伴い寝たきり老人，要介護高齢者の増加，糖尿病，腎不全，心筋梗塞等の病気あるいは障害を持ちながら生活する人々の増大も推測される．

わが国の医療費は平成11年度には30兆円を超え，更に増大の一途をたどっている．そのうち老人医療費が三分の一以上を占め，老人医療費の増大は各医療保険者の財政運営の圧迫要因になっており，制度の抜本的な改革が急務となっている¹⁾．2010年を目指した健康づくり運動として平成12年度より開始された「健康日本21」(21世紀の国民健康づくり運動)の基本理念の中にも「一人一人が自己の選択に基づいて健康を実現させること」が記されているように¹⁾，高度高齢社会となってきた日本社会においては健康な高齢者を増やしていく必要に迫られている．

看護理論として「セルフケア看護アプローチ」を最初に提起したのは米国の D.E.Orem であり，このモデルは世界の看護研究で広く利用されて多く

の研究成果が報告されている²⁻⁵⁾．ガバナは Orem 理論について Meleis が分析した内容を次のように紹介している．即ち，「看護の場でこの理論が活用されやすいのは，医学志向から健康志向へと看護の考え方が移行しつつあることと，また，この理論が看護師自らの「実践の必然性」と「利便な方法」の両者を兼ね備えているからであり，それによって「健康志向をサポートする看護」への移行を容易にした」と指摘している⁹⁾．この「Orem 理論」は，1988年小野寺によって日本にも紹介され，多くの臨床の場面で患者ケアと看護実践研究に活用されてきた^{6-8) 10)}．

医療費の高騰，介護保険の適用によって病院，施設への長期入院・入所が困難な状況となってきた昨今，疾患や障害を持ちながら地域で生活することが不可避的な要素となってきた．そのため高齢者は自身の健康を維持・管理をしていかなければならない立場となった．このような社会的背景と共に，より人間らしい生活を続けるためには，生涯を地域で生活することを望む高齢者も多い．Orem の「看護が病気よりむしろ健康維持に着目すべきである」という公衆衛生的な考え方は，地域で保健活動を推進してい

*1 川崎医療福祉大学 医療福祉学部 保健看護学科
(連絡先) 矢野香代 〒701-0193 倉敷市松島288 川崎医療福祉大学

く上での重要な視点である¹¹⁾。しかし、地域で生活する高齢者は自身の健康維持・管理をどのように行っているのか、あるいは、どのような援助を必要とするのか十分に明らかにされていない。

本研究では、地域に住む高齢者が日常生活の中で健康度 (activities of daily living: ADL) が低下したときどのようなセルフケア行動がとられたのか、実態を把握しセルフケア行動に影響を与えた要因をOremのセルフケアモデルを枠組みとしてアセスメントを行ったので報告する。

研究 方 法

1. 対象と期間

2001年11月1日～10日の期間に高知県S町及びK市でLawtonらが健康度 (ADL) を表す指標として作成したセルフケア尺度表 (表1¹²⁾) を用いて100名にインタビュー調査を行った。なお、この対象者の年齢構成は、65歳以上90歳までであった。トイレ、食事、更衣、整容、歩行および入浴の6つのカテゴリーに対して、すべて自立して出来る場合は6点満点となる。6点未満の対象者のうち1年間以内に入院経験のある対象者 (10名) に対して、セルフケア行動の実態と要因を分析するための二次面接聞き取り調査を行った。

表1 M.P.Lawton によるセルフケア尺度

項 目	採点
A トイレ	1
1. トイレに関して完全自立、失禁なし	0
2. 助言を要する、清潔に介助を要する、まれに (週1回程度) 失禁	0
3. 週1回以上睡眠中に失禁	0
4. 週1回以上覚醒中に失禁	0
5. 膀胱・直腸コントロール不可	0
B 食事	
1. 介助なしに食事	1
2. 食事時に軽介助・食物の特別な処理を要する、食後の清潔に介助を要す	0
3. 中等度の介助を要し、だらしない	0
4. すべての食事に多大な介助を要する	0
5. 自分では全く食事をせず、多大な介助を要する	0
C 更衣	
1. 衣服の着脱、衣装ケースからの選択	1
2. 自分で衣服の脱着をするが軽介助を要する	0
3. 更衣・衣服の選択に中等度の介助を要する	0
4. 更衣には多大な介助を要するが、介助には従う	0
5. 自分ではまったく更衣ができず、多大な介助にも抵抗する	0
D 整容 (清潔、髪、爪、手、顔、衣服)	
1. 介助なしに常にきちんとした服装で整容もよい	1
2. 時に介助 (髭剃りなど) を要するがほぼ適切に自分でする	0
3. 中等度の定期的な介助または整容に監視を要する	0
4. 全面的に整容の世話を必要とするが、介助後は整容を維持する	0
5. 整容を維持する多大な介助に逆らう	0
E 歩行	
1. 町の中を歩き回る	1
2. 建物の中だけ、または1ブロック歩ける	0
3. 介助を要する (他者、手すり、杖、歩行器、車椅子)	0
1. 介助なしに出入りする	
2. 出入りに介助を要する	
4. 支持なしに椅子や車椅子に座っているが、介助なしに駆動できない	0
5. 半日以上寝たきり	0
F 入浴	
1. 介助なしに入浴 (浴槽、シャワー、洗体)	1
2. 自分で入浴するが、浴槽の出入りに介助を要する	0
3. 顔と手のみ自分で洗える	0
4. 自分では洗えないが、入浴介助者には従う	0
5. 自分で洗おうとせず、多大な介助に逆らう	0

2. 訪問面接による聞き取り調査

上記10名に対して、Oremのセルフケアモデルのうち普遍的セルフケア要件（Underwoodによって操作化された項目²⁾）及びセルフケア・エージェンシーに関する項目を用いて再度面接調査した。

普遍的セルフケア要件とは対象者の健康状態や年齢、発達レベル、環境など様々な条件に左右されない活動、すなわち全ての個人が日常生活でつつがなく生きていく上で直接的に必要な基本ニーズである①空気、水、食物の摂取の維持、②排泄③体温の維持と個人衛生、④活動と休息のバランスを保つ、⑤孤独との付き合いのバランスを保つ、⑥生命と安寧に対する危険の防止の6項目である。

セルフケア・エージェンシーに関する5項目は、セルフケアを行うために個人が必要とする複合的で包括的な行動能力であり、特定のことに①注意を向ける能力、②知識を得る能力、③決断をする能力、④変化を起こす能力、と⑤セルフケアを行うのに必要な状況（例：ソーシャルサポートのあり方）の5項目である²⁾。これら普遍的セルフケア要件、セルフケア・エージェンシーの計11項目についてアセスメントを行った。

3. 倫理的配慮

対象の高齢者や介護者への倫理的配慮として面接時に研究の目的を口頭で説明し、了解を得られた後に聞き取り調査を実施した。また、訪問時に支援に関する相談があった場合は可能な限りの支援を行った。

結 果

1. 聞き取り調査対象者の選定

Lawtonらのセルフケア尺度表による調査の結果、100名の対象者の多くは6点満点であって、6点未満の対象者はわずか20名であった。このLawtonらの項目に加えて「現在あなたは、去年と同じくらい元気だと思いませんか」という項目を追加質問した。その結果6点未満の対象者のうち19名が「いいえ」と回答した。更に、健康度低下の客観的指標として、この1年間に入院経験を有した者10名を聞き取り調査の対象者とした。

2. 聞き取り調査対象者の基本属性

調査対象者の基本属性を表2に示す。対象者は男性7名、女性3名。年齢は60歳代（65歳以上）3名、70歳代7名、平均年齢 71.9 ± 6.5 であった。家族構成は三世代拡大家族が3例、高齢者夫婦のみが6例、息子と二人暮らしが1例であった。

3. 健康度（ADL）の内容と要因

今回調査した10名をLawtonらの評価表に基づいて評価した結果を表3にまとめた。ここで取り上げ

た対象者10名全ては6点未満の事例であり、10名全てが歩行について制限を受けていた。これら10名のうち全項目自立してできなかった者が3名（0点）で最も健康度の低いものであった。次いで事例Iが低く、食事（項目B）のみ自立して出来ることから1点であった。事例AからDの4名は、歩行以外自立して出来ることから健康度は5点と評価された。事例GおよびHは、入浴に介助を要することから4点であった。

ADLが低下した10名の要因は、糖尿病による合併症（1名）、糖尿病による下肢切断（2名）、脳出血による左片麻痺、視床出血（1名）、脳梗塞による左片麻痺（1名）等の生活習慣病と骨関節疾患（膝関節疾患による半月板損傷手術1名）神経疾患（脊柱管狭窄手術1名）による歩行障害、骨折（2名）の外科的疾患による身体活動能力の低下（不完全さ）であった。

4. セルフケア行動の実態

1. 普遍的セルフケア要件

普遍的セルフケア要件は、あらゆる人間に対して一般的に必要なものであるが「要件」という言葉は、「人がセルフケアをするために行わなければならない活動」という意味でもちいられている⁹⁾。Oremのセルフケアモデルのうち「セルフケア行動」を評価する六項目（要件）について以下に概説しながら評価し、各要件についての評価を表4-1に示した。

（1）「適量の空気、水、食物摂取の維持」という3要素については空気、水、食物を十分取り入れることができ、なおかつバランスが取れていること、飲酒、喫煙、薬物等についてもアセスメントを行う要件である。この要件に対し充足していた者は10名中4名であった。残り6名は生活習慣病罹患者であって充足していなかった。その内訳は、糖尿病3名、脳血管疾患3名であった。空気を十分に取り入れることに対する要件では事例Hは喫煙習慣を持ち、水の要件に対しては事例H、Iはアルコールが好きでやめられなかった。食物の要件に対しては事例E、G、Hは糖尿病食のコントロールが不完全であり、特に事例Gは糖尿病食によるカロリー制限を行わねばならないが、空腹感が強く我慢できなくて過食傾向が見られた。事例E及びJは自分で食事をする能力がありながらも自立していなく他者（妻）の介助のもとに食事、水を摂取するという状態であった。

（2）排泄についての要件とは排泄の過程と排泄物に関するケアを行うことであり、この要件を充足している者は6名であった。充足していなかった事例Fはポータブルトイレ使用、事例Iはトイレに行く

までの介助が必要であった。さらに事例 E は介助の如何によってはポータブルトイレ使用が可能であると考えられたが妻が高齢で手指に障害があり介護上、楽であるとの理由からオムツを使用していた。本人も自分で頑張ろうという意欲は認められなかった。J は他者（妻）への依存心が特に強く、介助を受けながらも少しは自力でできる状態であったが全介助を必要としていた。

（３）体温の維持、個人衛生についての要件は洗顔、入浴、身だしなみ、下着の取替え等に対する要件であり、充足している者は４名、充足していない者は６名であった。このうち糖尿病の合併症による事例 G は知覚神経麻痺で低温火傷を負っていた。事例 E、F、I 及び J は他者（妻）への依存傾向が強かった。

（４）活動と休息のバランスを保つことについての要件は睡眠や活動パターンに関する要件であり、こ

表２ 基本属性と健康度低下要因

事例	年齢	性別	職業	家族構成	健康低下要因	日常生活	介護認定
A	69	女	農業	3世代拡大家族	転倒による骨折	規則正しい	自立
B	72	女	元土木労務者	息子と２人	交通事故による骨折	規則正しい	自立
C	74	女	元店員	3世代拡大家族	半月板損傷手術	規則正しい	自立
D	72	男	元公務員	高齢者夫婦	脊柱簡狭窄症	規則正しい	自立
E	76	男	農業	高齢者夫婦	糖尿病による下肢切断	若いとき酒乱	要介護3
F	70	男	元会社員	高齢者夫婦	脳出血	不規則	要介護5
G	65	男	運転手	高齢者夫婦	糖尿病による下肢切断	毎日飲酒	要介護2
H	65	男	運転手	高齢者夫婦	糖尿病	毎日飲酒、喫煙	要支援
I	78	男	元公務員	高齢者夫婦	脳梗塞	毎日飲酒	要介護3
J	78	男	元会社員	3世代拡大家族	脳梗塞	毎日飲酒	要介護3

*要介護3・・・日常生活の基本的動作が自力できない。日常生活の全般に全面的介助、見守りが必要。

表３ M.P.Lawton のセルフケア尺度による健康度評価

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
A トイレ	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0
B 食事	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0
C 更衣	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0
D 整容	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0
E 歩行	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
F 入浴	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0
点数	5	5	5	5	0	0	4	4	1	0

1：自立してできる場合の点数 0：自立してできない

表4-1 普遍的セルフケア要件の評価

	事 例									
セルフケアの要件	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1) 空気・水・食物の十分な摂取	○	○	○	○	×	×	×	×	×	×
2) 排泄	○	○	○	○	×	×	○	○	×	×
3) 体温の維持と個人衛生	○	○	○	○	×	×	×	×	×	×
4) 活動と休息のバランスを保つ	○	○	○	○	×	×	○	×	△	×
5) 孤独とのつきあいのバランスを保つ	○	○	○	△	○	○	○	○	○	△
6) 生命と安寧に対する危険の防止	○	○	○	○	×	×	×	×	×	×

○：自立できている、△：他の人の援助のもとで可能、×：一人では出来ない

の要件が充足していた者は5名であった。充足していなかった5名のうち、事例Eは昼夜逆転、事例Fは寝たきり状態、事例Hは不規則、事例Iは寝たり起きたりの生活、事例Jは物事に興味がなく無気力であった。これら5名はデイサービスに出てない日は寝たきり状態や会話が無く不眠を訴え、かつ日中の活動に対して無関心があった。

(5) 対象者10名全員が孤独との付き合いのバランスを保つことにする要件を充足していた。事例Fは病状が重く無口で孤独であるように見受けられたが、近所の友人が毎日顔を見せに来ていた。事例Jは自分からの発語は無いが家族からの話かけに回答できる状態であった。この2名は受身ではあるが家庭や地域からの働きかけによってそのバランスが保たれていた。

(6) 生命と安寧に対する危険の防止についての要件の充足者は4名であった。この要件は生命や人間としての幸福機能遂行に対する危険の防止であり、この要件が充足していなかった6名には合併症やその危険に対する理性的関心の欠如が見受けられた。病態についての楽観視、生活のコントロールの必要性、また合併症を回避する方法についての知識の欠如が認められた。

対象者10名中普遍的セルフケア要件(6項目)すべてを満たしているのは4名で6名はすべてを満たしていなかった。この普遍的セルフケア要件はそれぞれ独立したのではなく、相互に関連しあっている。例えば事例Hの場合「空気、水、食物の十分な摂取」の要件が喫煙、飲酒習慣に見られるようにバランスが取れていなかった。それは「活動と休息のバランス」の要件が充足していないことに関連している。すなわち長距離トラックの運転手という常に緊張を要する職業上、喫煙、飲酒は不規則な生活や、仕事上の緊張の発散のためであるかと推察された。喫煙、飲酒が続けば生活習慣病の危険性が大きいことから「生命と安寧に対する危険の防止」の要件は不足することになる。

2. セルフケア・エージェンシー

Oremはセルフケア・エージェンシーとは、自身自身をケアするための行為を遂行する個人の人間としての能力である¹⁰⁾、と定義している。日常、個人はセルフケア要件を満たしえるためのさまざまな行動を続けているのであるが、何らかの要因によってそれに限界が生じると健康希求のためにセルフケア・エージェンシーが必要となるのである²⁾。すなわち、セルフケア要求をどのように満たしていくのか、そしてそれをどのように遂行しようと決心するのか、実際にどのような行為を選択し、行動をしていくのかということを全て包括した能力をさしているのである¹³⁾。

対象者10名のセルフケア・エージェンシー評価を表4-2に示した。表に示すように普遍的セルフケア要件が充足していると考えられる事例A, B, C, Dの4名はセルフケア・エージェンシー5項目のいずれの能力も持ち合わせていると認められた。この4名は、現在の自分の状況を理解する能力と自分が何を行えばいいのかわかる知識を持ち合わせ、また知識を得ようとする意欲が見られた。事例Dは図書館に行き自分の病気を調べていた。事例A, Bは体を動かさなければ関節の硬直や筋肉が拘縮するという知識を得て、自ら工夫して毎日リハビリを行っていた。また、4名は今後の生活における目標、すなわち元の健康な状態に戻りたいという希望があった。事例Cは仲間と共に毎朝、喫茶店で朝食をとるという楽しみがあり食生活を守り体重増加に留意していた。事例Dは現在の自分の健康状態から判断して運転免許証の更新を停止していた。

事例E, F, G, H, I, およびJには自身の疾患に対して注意を向けること、知識を得ようとする、行おうべき事を意思決定すること等の能力が認められなかった。「特定のことに注意を向ける能力」が不足すれば「知識をえる能力」も不足し「決断をする能力」「変化を起こす能力」は獲得されないように、これら4つの

表4-2 セルフケア・エージェンシー項目による評価

特定のことに	事 例									
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1) 注意を向ける能力	○	○	○	○	×	×	×	○	×	×
2) 知識を得る能力	○	○	○	○	×	×	×	×	×	×
3) 決断をする能力	○	○	○	○	×	×	×	×	×	×
4) 変化を起こす能力	○	○	○	○	×	×	×	×	×	×
5) セルフケアを行うのに必要な状況 (例：ソーシャルサポートのあり方)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

○：能力があると判定、×：能力がないと判定

行動能力は、相互に関連し合っている。セルフケアを行うのに必要な状況（ソーシャルサポートのあり方）は6名全員が介護保険の給付を受けていた。その内訳は要介護3が3名、要介護5が1名、要支援が2名であった。セルフケア・エージェンシーが発揮できなかった要件として6名の事例からは知識を得ようとする意欲、将来に対しての目標が持てないという実態が浮かび上がった。それには個人の健康状態すなわち疾病や損傷の種類が関わっていると考えられた。

5. セルフケア行動の可否による対象者の実態

(1) セルフケア行動がとれていた人の実態

セルフケア行動が可能であった4名の基礎疾患は外科的なものであった。また全員生活習慣病には罹患していなかった。セルフケア行動が可能であったと考えられる4名のセルフケア要件を分析すると健康な生活習慣を身に付けていること、更に個人の自己概念が成熟し健康に対する知識を持ち得て自己実現しようとする能力が見られた。4名全員が家族集団の中で自立し、更にこのうちの女性である、事例A、B、C3名は地域の人々との接触とコミュニケーションを確立し良好な友人関係を維持していた。また4名は健康度が低下した時、医師の指示される医学的管理、および健康状態についての科学的評価を求めこれを実行できる能力がみられた。意欲的に生活を送り人生に目標、希望、生きがいを持っていた。

(2) セルフケア行動がとれなかった人の実態

セルフケア要件が満たされていなかった6名は、セルフケア・エージェンシーの項目も充足していなかった、即ち健康に対して注意を向ける能力、知識を得る能力、決断する能力、変化を受け入れる能力のいずれも欠如し意欲が見られない状態であった。現在の状況に対し希望が持てないことで将来への方向づけの意欲も欠如している実態があった。事例Eには下肢切断による妻への甘えが目立ち、自分で起き上がる能力はありながらもやろうとしない実態が示すように自立性が欠如したものであった。事例Fの病状は重く日常生活全てに対して自発性が欠如していた。また、入院中は妻の名前を呼ぶことで有名になっていたほど依存心が高い状況であった。しかし、在宅リハビリで理学療法士の来所時は顔を真っ赤にしながらもがんばる姿が見られたように、自己の状態を改善しようとする兆しが認められた。事例Jのセルフケア行動が取れていない実態の要因の一つには妻が手を出しすぎる傾向にあることが自立への妨げになっていると見受けられた。

表4-1、4-2にまとめたように、セルフケア行動がとれなかった6名は、基礎疾患が生活習慣病という慢性疾患群であること、また、全員の配偶者の男性であった。

考 察

Oremはセルフケア理論の中でセルフケアを「生命や健康及び安寧を維持するため各個人が自分自身のために積極的に行う行動である。即ち日常生活の中で自分自身が自分の身の回りのことをすることに関わる実践活動である。」¹³⁾と定義し看護の役割は個人が自分自身の中にあるセルフケア能力に気づき、自分の健康は自分で守るという責任を持ち判断して行動するプロセスの中で、その段階と程度に応じて援助していくことであると述べている¹³⁾。地域住民にとって高齢になっても健康を維持し、また健康度が低下した状態になっても自らの意思に基づきセルフケア行動がとれ、健康を回復しようとする自立したより良い生活（well-being）が送れるような能力の獲得が必要であろう。セルフケアを根底で支えているのは個人の健康に関する意識とそのための自発的な対策を立て得る能力であり、それは生きがいや自己実現への意欲の前提となっているのではないだろうか。今回使用したLawtonらのセルフケア尺度表とオレムのセルフケアモデルは、共通項目も多いように見受けられるがLawtonらの尺度表はADLを基本にしたスケールであり、大勢の人のスクリーニングに適している。Oremのセルフケアモデルは、個人が積極的に行う自分自身の健康を維持するための行動や能力を評価するものであり、調査の対象とした10名のセルフケア行動の実態のアセスメントに適用した。

これらの結果から以下のことが明らかになった。在宅の高齢者で健康低下時に、セルフケア行動がとれなかった人の要因として(1)生活習慣病罹患患者であったこと(2)依存心が強いこと(3)日常生活の中での役割が無いこと(4)健康に対する知識がない、あるいは関心がないことにより前向きな意欲が減退しているということが示唆された。

セルフケア行動ができたグループは外科的疾患患者であった。この疾患は時間がたてば治癒の見通しがたちやすい疾患であって早く治りたいという意欲が湧きやすいため定期的通院、リハビリも積極的に行い希望を持つことができるものであったと考察される。

セルフケア行動が取れなかったグループは全員生活習慣病罹患患者であった。この疾患群は長いスパンで悪化していくため、日頃からの食生活、運動習慣、休養、喫煙、飲酒などの生活上のコントロールが最も必要とされるものである。例えば事例Hの場合、知識を得る能力の不足が見られたが、これは規則正しい生活を送ることが困難な長距離トラックの運転

手であるという職業上の問題や、生活習慣病の発症の初期にはほとんど自覚症状がなく疾患について楽観視しやすいこと等の理由があげられよう。このように慢性疾患は回復が困難であって、将来への希望が持てずに変化を起こしていこうとする能力や意欲の欠如につながっていると考えられた。

男性の依存心の強さは社会における役割分担から来るものと考えられた。即ち女性は地域社会に密着した生活歴を持ち、かつ、家庭では他者の生活の面倒を見る立場にある。健康度が低下した時点でも家庭の役割を担おうとする意欲が見受けられ、更に、地域社会に根ざした人間関係を保つことができると考えられた。一方で男性は社会の中で職業人としての役割を果たしてきたが、家庭では、生活上の支援は他者に支えてもらうのが当然というこの世代の時代的背景の中での生活歴を持っている。その役割の差が依存傾向に関与しているものと考えられた。

平成12年4月1日の介護保険法施行に伴い、在宅福祉の推進が計られ高齢者の地域ケアは高齢化が進む中で非常に重要な課題であるが、その対応が追い

つかないのが現状であることも否めない。¹⁴⁾ 地域看護の課題は住民一人一人がセルフケア能力を獲得し主体的に健康に関する問題解決ができるようにバックアップしていくことにある。今回、臨床の場で多用され評価されている Orem のセルフケアモデルを地域住民のセルフケア行動の実態の分析に用いた。Orem は実際に、看護ケアの細かな予防的側面に、普遍的セルフケア要件を用いて生命や人間としての機能を果たしていくこと、そして幸せを危うくするものを予防するためのモデルとなり得ることを示唆している。⁹⁾ Orem モデルにおける普遍的セルフケア要件を満たしていくことは、地域看護の重要な視点である一次予防に該当するものであって、地域看護活動において重視されてきた視点であり、このモデルは今後更に有効に活用できるモデルであると考えられた。

本研究をまとめるにあたり、ご協力、ご指導いただきました関係の各位に深く感謝いたします。

文 献

- 1) 厚生統計協会編：国民衛生の動向，厚生指標，48(9)，厚生統計協会，東京，14・83，2001。
- 2) 野嶋佐由美監修，著者代表粕田孝行，宇佐美しおり：セルフケア看護アプローチ。日総研，愛知，7-24，2000。
- 3) Burks KJ：A nursing practice model for chronic illness. Rehabil Nurs, Sep-Oct; 24(5)，197-200，1999。
- 4) Hart MA：Orem's self-care deficit theory：research with pregnant women. Nurs i Q Fall; 8(3)，120-6，1995。
- 5) Lacey D：Using Orem's model in psychiatric nursing. Nurs Stand Apr 7-13; 7(29)，28-30，1993。
- 6) 西村友希，池田清子，荒川靖子，首藤暁，渋谷雄平，古田峰子，西尾里美，岡田朋子：教育入院の初期段階における糖尿病患者のセルフケア行動とその促進要因。神戸市看護大学紀要(1342-9027)，5，19-28，2001。
- 7) 増井和美：ADL 自立に対して意欲の低下をきたしている患者にセルフケア援助を行って オレムのアセスメントツールを用いて。(0916-4359) 奈良県立三室病院看護学雑誌，17，75-79，2001。
- 8) 鴨田玲子，笠松友実，設楽みゆき：【消化管外科看護ケアスタディ22の症例から学ぶ】終末期の看護 case17 終末期患者の在宅ケアへの援助。(1341-7819) 外科消化器ナーシング，5(5)，560-573，2000。
- 9) スティーブン J. ガバナ著，数間恵子，雄西智恵美訳：(Nursing Models in Action Series) Orem's Model in Action, Stephen J. Cavanagh 看護モデルを使う①オレムのセルフケア・モデル。医学書院，東京，6・151-159，2001。
- 10) Orem D.E.：Nursing：Concepts of Practice. 4th edn New York：McGraw-Hill，1985。小野寺杜紀訳：オレム看護論-看護実践における基本理念。改訂第3版，医学書院，183，2002。
- 11) 金川克子監修，執筆：金川克子，村嶋幸代，麻原きよみ，斉藤恵美子：地域看護学-実践の理論化をめざして。日本看護協会出版会，東京，51，2000。
- 12) 小澤利男，江藤文夫，高橋龍太郎編著：高齢者の生活機能評価ガイド。医歯薬出版株式会社，東京，25，1999。
- 13) 南裕子，稲岡文昭監修，粕田孝行編集：セルフケア概念と看護実践-Dr. P.R. Underwood の視点から。へるす出版，東京，20-21，1996。
- 14) 島内節，高崎絹子編集：地域看護学講座⑧高齢者地域看護活動。医学書院，東京，4，2000。

(平成14年11月25日受理)

Survey of Behavioral Changes in the Community of Aged

Kayo YANO

(Accepted Nov. 25, 2002)

Key words : COMMUNITY HEALTH CARE NURSING,
OREM'S SELF CARE MODEL, ELDERS IN THE COMMUNITY,
DAILY ACTIVITIES

Abstract

Today, Japan has a rapidly ageing society with problems such as the rising cost of medical treatments, medical care insurance etc. Therefore, community health care for the aged is an important social problem in Japan. The goal of community health care nursing is allow individuals to take responsibility for their own health.

I collected information on the daily home activities of elderly people who were not in good physical. This information was collected in the following manner : I used Lawton's self care measurement. I interviewed 100 elderly people who lived in a community and complained of having been sick with a history of previous hospitalization in the past year. Among them I selected 10 people who met the definition of "diseased" and/or "unhealthy" both subjectively and objectively. Although Orem's self care model has not yet been popularized in the community health care nursing field, I applied the theory for these 10 people, and the following four primary factors were suggested : 1) They are suffering from adult diseases. 2) They are dependents. 3) They have no role in everyday life. 4) They do not have a general knowledge of what it is to be in good health and/or they do not have a positive attitude toward well being.

From this survey, we can conclude that Orem's self care model can be utilized more effectively in the community health care nursing field.

Correspondence to : Kayo YANO

Department of Nursing, Faculty of Medical Welfare
Kawasaki University of Medical Welfare
Kurashiki, 701-0193, Japan
(Kawasaki Medical Welfare Journal Vol.12, No.2, 2002 271-278)